

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

162

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 mars 1893, à 1 heure

Par ERNEST MAHIEU

Né à Comines (Belgique), le 27 février 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PREMIÈRE DENTITION

(ÉVOLUTION DENTAIRE — SES ACCIDENTS)

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. } GABRIEL, professeur.
 } WEISS, VARNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

162

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 mars 1893, à 1 heure

Par ERNEST MAHIEU

Né à Comines (Belgique), le 27 février 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PREMIÈRE DENTITION

(ÉVOLUTION DENTAIRE — SES ACCIDENTS)

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { GABRIEL, professeur.
 { WEISS, VARNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

41 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE TANT REGRETTÉS

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

ET EN PARTICULIER A MON FRÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉMILE MAHIEU
D'HERSEAUX (BELGIQUE).

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE LOUVAIN ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PREMIÈRE DENTITION

(Évolution dentaire. — Ses Accidents)

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail de courte haleine, de traiter un sujet nouveau. Il a servi de titre d'ouvrages et de thèses à nombre de nos savants devanciers, mais une discussion qui a eu lieu récemment (en août 1892) à l'Académie de Médecine, a rajeuni une question des plus intéressantes et des plus pratiques, et en a refait un sujet d'actualité.

M. Magitot, confondant, à notre avis, l'évolution dentaire avec l'éruption de la dent, dit : que ce travail étant un acte physiologique ne doit et ne peut s'accompagner d'aucun accident pathologique, comme si l'accouchement qui, lui aussi, est un acte physiologique, n'était pas cependant accom-

pagaé, trop souvent hélas ! malgré les soins et les précautions de nos savants accoucheurs, d'accidents d'une gravité parfois exceptionnelle. M. Magitot considère les états morbides qui surviennent, à l'époque de la première dentition comme de simples coïncidences et non comme des faits ayant entre eux des relations de cause à effet.

Il fait remarquer tout d'abord que l'*hystérie* chez les *nouveaux-nés* (c'est le titre du mémoire de *Chaumier de Tours*, sur lequel un rapport de M. Ollivier avait été fait dans une séance précédente), n'est qu'une nouvelle étiquette donnée par l'auteur du mémoire à une grande catégorie d'accidents de la première dentition : les *accidents convulsifs ou l'éclampsie*. Rappelant ensuite ses recherches personnelles sur les *maladies dites de dentition* chez l'homme et les travaux de certains auteurs modernes, L'Evêque, Combi, Chaumier, Ollivier, M. Magitot entreprend à fond le procès de cette interprétation purement ampyrique, dit-il, qui rattache à la première dentition le plus grand nombre des maladies de l'enfance.

Certes, l'autorité scientifique de M. Magitot donne un grand poids à cette opinion, mais les faits incontestables que nous aurons l'occasion de relater dans les observations qui vont suivre ne nous permettent pas de l'adopter.

Nous avons recherché consciencieusement et sans parti pris les diverses opinions émises sur ce sujet jusqu'à ce jour, nous en discuterons le bien ou le mal fondé, puis nous donnerons notre opinion.

Une étude sur le développement de la dent, son anatomie et son histologie, nous a semblé nécessaire, nous l'avons faite aussi brièvement et aussi complètement que possible, en

nous servant des données les plus récentes et des derniers travaux anatomiques.

Avant d'entrer dans le sujet, qu'il me soit permis d'adresser mes respectueux remerciements à M. le professeur Pinard pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il reçoive ici le bien faible hommage de notre gratitude.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est donnée aujourd'hui pour envoyer à nos premiers maîtres de l'Université de Louvain un souvenir de reconnaissance pour les savants conseils et les magistrales leçons qu'ils nous ont donnés au début de nos études ; nous associons, de grand cœur à ces remerciements collectifs la Faculté de Paris et, ses professeurs éminents, pour l'accueil bienveillant que nous y avons reçu, lorsque nous sommes venu y compléter notre instruction médicale et profiter des travaux des grands maîtres de la science française.

Notre reconnaissance est également acquise à notre excellent ami, M. le Dr Genesteix, qui n'a cessé pendant le cours de nos études, en France, de nous témoigner de l'intérêt et dont le concours nous a été souvent précieux ; qu'il reçoive ici l'assurance de notre cordiale amitié.

Nous remercions enfin M. le Dr Legroux, médecin de l'hôpital Trousseau, d'avoir bien voulu nous permettre de prendre une observation dans son service.

DÉVELOPPEMENT DES DENTS

1° Formation et développement du follicule dentaire.

La dent se forme aux dépens du feuillet externe du blastoderme.

Après la formation des deux arcs maxillaires dans la partie qui répond à la cavité buccale et qui constituera plus tard le rebord alvéolaire, on voit apparaître, d'après MM. Magitot, Beaunis et Bouchard, et le *Traité d'histologie* de Launois et Morau chez qui nous avons puisé la plus grande partie de ces notions embryogéniques, une couche de cellules épithéliales formant une saillie sur toute la longueur du bord alvéolaire de l'os. Les premiers germes dentaires font leur apparition vers la sixième semaine de la vie embryonnaire.

Ces cellules épithéliales ne sont nullement différentes à cette époque des cellules de revêtement épithélial de la muqueuse buccale dont elles proviennent.

Après quelque temps, ces cellules s'enfoncent dans le tissu embryonnaire des arcs maxillaires et présentent un renflement. A la paroi postérieure du bourrelet se forme un diverticulum aplati de haut en bas et contourné en forme de crosse et que Kolliker a appelé « *lame épithéliale* ». Un bourgeon se forme à son extrémité qui constitue le *bourgeon primitif du follicule*. Cette partie s'allonge, et n'est bientôt plus reliée au bourrelet primitif que par un cordon formé

de cellules épithéliales, en même temps qu'il s'allonge, son extrémité se renfle.

Vers la neuvième semaine, cette masse de cellules épithéliales qu'on nomme *organe de l'émail* se déprime à son extrémité, en forme de fond de bouteille. La dépression qui survient dans l'organe de l'émail est due à la formation du bulbe dentaire qui apparaît d'abord, sous forme d'un point opaque, à l'extrémité du bourrelet, se développe au dessous des cellules du derme et qui, par une prolifération rapide, repousse les cellules de l'émail. De la base du bulbe prennent naissance deux diverticules qui vont en divergeant vers les côtés englobent bientôt l'émail, et par la pression exercée sur le cordon qui relie l'émail à l'épithélium de la muqueuse buccale, le sectionnent pour ainsi dire ; ainsi se trouve formé le follicule dentaire.

Donc dans son état complet le follicule est formé de trois parties :

- 1° Le bulbe central ;
- 2° L'organe de l'émail ;
- 3° La paroi du follicule qui forme l'organe du ciment.

Nous décrirons successivement la structure anatomique des différentes parties constituant, puis leur développement.

Bulbe.

Le bulbe est composé d'éléments embryonnaires dont la couche périphérique se différencie et forme des cellules amorphes étoilées qu'on nomme *membrana præformativa*, recouverte de cellules qu'on nomme *odontoblastes* et qui ont

pour fonction de sécréter la substance dure qui formera l'ivoire.

A l'intérieur du bulbe, on trouve des nerfs et des vaisseaux.

Email.

L'*organe de l'émail* est constitué par des cellules épithéliales étoilées, qu'on peut diviser en deux couches : une couche profonde formée d'une rangée de cellules volumineuses, ayant un noyau central, et présentant un plateau à son extrémité périphérique.

La couche superficielle est en communication avec les organes voisins. Elle est destinée à disparaître plus tard.

Organe du ciment.

L'*organe du ciment*, formé d'abord de tissu embryonnaire riche en vaisseaux, se transforme en cellules chondroplastes, puis en tissu osseux.

Voyons maintenant les différentes modifications des parties du follicule dentaire.

Les cellules odontoblastes, étoilées, situées à la surface extérieure du bulbe qu'on nomme l'ivoire, élaborent une matière organo-minérale se déposant autour des prolongements cellulaires qui se ramifient, sans cependant les détruire, et constituant ainsi ce que l'on a appelé *fibrilles de Tomes*.

L'*émail* est constitué par un produit de transsudation des cellules à plateau qu'on nomme *cellules adamantoblastes ou de l'émail*.

Le produit forme un petit prisme, qui donne l'aspect d'une mosaïque.

Quant à la *cuticule*, les uns disent qu'elle est formée par la paroi folliculaire.

D'autres prétendent qu'elle est formée par la couche externe de l'organe de l'émail.

Le *cément* est formé chez l'homme par une ossification de la paroi folliculaire.

Quant au mécanisme de l'éruption des dents temporaires, il se fait par l'ouverture du sac folliculaire à la partie supérieure, par la formation de la racine qui ne pouvant s'enfoncer dans la paroi osseuse, repousse la couronne qui se crée une ouverture dans le sac folliculaire.

L'éruption des dents permanentes se fait par le même mécanisme qui s'accompagne de la résorption de la racine de la dent temporaire.

L'époque de l'apparition des dents temporaires est différente d'après les auteurs, aussi nous croyons qu'il serait difficile de la fixer d'une façon certaine ; en effet, les anomalies de l'époque de l'éruption sont fréquentes, même quant à l'ordre de leur apparition. On peut dire que les premières dents qui sont les incisives inférieures médianes, paraissent au septième mois environ, chez les enfants nourris au sein, et au neuvième chez les enfants nourris au biberon ; et que la première dentition est achevée au trentième mois.

Voyons maintenant les différences macroscopiques des dents temporaires et permanentes.

Le nombre des dents temporaires est de 20, composé comme suit : 4 incisives, 2 canines et 4 molaires à chaque mâchoire.

Les incisives et les canines temporaires ne diffèrent pas quant au nombre des permanentes ; seules les molaires en diffèrent et atteignent, lorsqu'elles sont au complet, le nombre de 20.

Le volume des dents temporaires est aux dents permanentes comme 1 : 3.

La couronne est moins haute.

La couleur présente les mêmes variations.

Quant aux racines elles ont une forme identique aux racines des dents permanentes :

Sont uniques pour les incisives et les canines, et n'admettent jamais d'exceptions, ce qui existe parfois pour les permanentes.

Ces racines sont doubles pour les molaires inférieures, disposées transversalement et parallèlement.

Triples pour les supérieures, deux sont externes et parallèles, une interne et oblique.

L'usure des dents temporaires est plus rapide que l'usure des permanentes, donc les dents temporaires ont les mêmes caractères que les permanentes, mais n'en diffèrent que par leur volume et leur consistance.

ANATOMIE DESCRIPTIVE.

Les dents temporaires comme les permanentes présentent trois parties.

1° Partie libre : *la couronne*.

2° — moyenne : *le collet*.

3° — profonde : *la racine*.

La couronne est la partie la plus dure, sa couleur normale est blanche, demie transparente, ou présente une teinte grisâtre ; ce qui est un signe d'une densité plus grande.

D'autre fois, par suite d'une faiblesse de constitution, sa teinte est bleuâtre.

Le collet sépare l'émail et le ciment. Le bord libre de la gencive et le feuillet du périoste alvéolaire viennent s'y insérer.

La racine, plus longue que la couronne, a une structure moins compacte et sa couleur est plus foncée, jaunâtre.

Quant à sa structure, la dent est composée d'une substance centrale dure, l'*ivoire* creusée à son centre d'une cavité qui contient une substance molle, la *pulpe*. L'*ivoire* est recouvert, au niveau de la couronne, par l'*émail*, et au niveau de la racine, par le *ciment*.

Nous décrirons successivement ces différentes parties.

1° L'*ivoire* présente une coloration blanc-jaunâtre, sa densité est moindre que celle de l'émail, sa surface extérieure convexe, en rapport avec l'émail, et présente des dépressions signalées par *Owen* et recevant les extrémités des prismes de l'émail.

Dans la racine sa surface rugueuse est remplie par les prolongements du ciment. A sa face interne on trouve une cavité qui a la forme de la dent et remplie par la *pulpe dentaire*.

Quant à la composition de l'*ivoire*, elle est formée d'une substance fondamentale homogène, dure, transparente. Sa densité augmente du centre à la périphérie.

Entre la substance fondamentale se trouvent des fibrilles

dont on a vu plus loin la production ; et qui se terminent près de la surface de l'ivoire en formant des lacunes. Ces fibrilles ont été découvertes, en 1673, par *Leeuwenhoeck*, étudiées ensuite par *Gerlach* en 1859, et par *Tomes* dont elle portait le nom.

2° La *pulpe dentaire* sous-jacente à l'ivoire rouge, contient les terminaisons de l'artère dentaire et des nerfs. Sa cavité diminue avec l'âge.

3° L'*émail*, qui forme la couronne de la dent, présente la forme d'un chapeau coiffant la portion de l'ivoire, qui correspond à la couronne de la dent ; son épaisseur est d'autant plus grande qu'elle recouvre la surface triturante, et devient très mince à l'union de la couronne avec la racine.

L'émail est transparent et doit sa coloration à l'ivoire sous-jacent, sauf dans certains cas pathologiques qui produisent une défectuosité dans le rapport des parties constituantes. Il présente une dureté que la lime ne peut entamer, seul l'émail, lui-même, y laisse des empreintes ; la nutrition se fait par l'intermédiaire des lacunes situées à la périphérie de l'ivoire. Il est recouvert lui-même par une mince membrane amorphe que *Nasmyth*, en 1839, décrit sous le nom de *persistant capsular* et que *Kotliker* a décrite sous le nom de *cuticule de l'émail*.

Cette cuticule a pour effet de protéger l'émail contre l'action des acides, aussi lorsqu'un traumatisme a enlevé cette membrane protectrice, on voit souvent survenir de la carie dentaire.

4° Le *cément*, ou partie qui recouvre la racine de la dent, présente une coloration jaune opaque.

Sa surface externe est tapissée par la membrane alvéolo-

dentaire qui joue le rôle de périoste. Quant à sa composition, le ciment est formé d'une substance calcaire au milieu de laquelle sont disséminées des cavités osseuses; les canalicules de ces cavités s'abouchent, avec ceux de l'ivoire comme l'a prouvé *Tomes*, ou s'anastomosent entre eux. Très mince au niveau du collet, où il se confond avec l'émail, le ciment augmente d'épaisseur à l'extrémité de la racine.

HISTORIQUE ET DISCUSSION

HISTORIQUE.

Cette question toute d'actualité n'est pas cependant sans avoir intéressé les auteurs.

Il n'est pas d'époque où la littérature médicale ne présente un certain nombre d'ouvrages se rapportant à l'évolution des premières dents et à la question de savoir si elles produisent ou non des accidents plus ou moins graves.

Sans avoir la prétention de rappeler tout ce qui a été écrit sur ce sujet, nous allons faire passer sous les yeux du lecteur certaines opinions émises, surtout dans les deux derniers siècles, sans du reste nous étendre en commentaires sur les idées des auteurs cités; nous espérons que la suite de cet ouvrage, dans ses proportions modestes, jettera une certaine lumière sur une question récemment controversée.

Chez les anciens déjà la question avait été traitée, *Hippocrate*, dans ses aphorismes, revient souvent sur les accidents qui sont la conséquence de la première dentition mais pour lui un accident est pour ainsi dire une protection contre un autre plus grave; ainsi la diarrhée qui accompagne l'évolution des dents temporaires est une diarrhée en quelque sorte utile, elle sert de dérivatif à cette congestion des autres organes : le poumon, cerveau, etc. Pour lui, une forte fièvre préserve des convulsions auxquelles sont exposés en particulier les enfants forts.

Ce système de *balance* qui n'est pas sans avoir une certaine raison d'être, est cependant un peu trop affirmatif, mais il n'en indique pas moins l'intérêt que la pratique attachait à cette question, à une époque où l'observation des faits faisait toute la base de la doctrine médicale.

Celse, quoique s'occupant spécialement de la structure et de l'évolution des dents, ne cesse pas de parler des affections qui accompagnent la première dentition.

Si, après avoir cité l'opinion de ces deux pères de la médecine, nous passons d'emblée aux auteurs presque contemporains, nous voyons, en 1728, *Hunter* qui rapporte l'observation d'un enfant de deux ans qui, à chaque poussée de dent, urinait du pus.

En 1778, *Rosen* parle de la diarrhée de dentition; il signale surtout l'utilité de la lientérie qui accompagne l'éruption des premières dents; il la considère comme un préservatif des convulsions et lorsque celles-ci paraissent, il les traite par des applications de sangsues derrière l'oreille et par des lavements laudanisés.

En 1806, *Baumes* publie un *Traité de la première dentition*, les maladies, qui en sont la conséquence, y sont étudiées magistralement.

Capuron, en 1813, s'applique surtout à rechercher la cause des douleurs; pour lui, cette douleur provient, soit du déchirement de la gencive, soit de l'enfoncement de la racine dans l'alvéole, et par suite de la compression des nerfs dentaires; quelle que soit la cause de cette douleur, il ne conteste pas la gravité des états morbides qui l'accompagnent; pour lui le pronostic en est grave, et il reconnaît les accidents de la première dentition comme la cause de la mort de la

sixième partie du genre humain. Nous avouons n'être pas aussi pessimiste.

Guibert, en 1827, dans les *Archives générales de médecine*, s'occupe surtout des cas de mort qui surviennent par convulsions et diarrhées pendant la période de dentition.

L'année suivante (1828), *Billard* dans son *Traité des maladies des enfants*, soutient l'opinion que nous combattons. Pour lui la dentition étant un acte physiologique, doit se faire sans accidents. Les troubles qui l'accompagnent sont concomittants, mais ne dépendent pas d'elle.

En 1835, *Guersant* publie un mémoire dans lequel il décrit parfaitement les accidents de la première dentition : convulsions, diarrhées, état typhoïdique, sans lésions anatomo-pathologiques ; il cite un des premiers les accidents qui surviennent du côté du larynx et des conjonctives ; il s'occupe enfin de l'incision gingivale qui, d'après lui, ne rend pas de grands services, et souvent ne fait que retarder la sortie de la dent par suite d'ouvertures trop rapides de la capsule dentaire.

En 1839, paraît un mémoire de *Richard de Nancy*, il commence par décrire les accidents oculaires, parle des ophthalmies qui guérissent spontanément, mais qui d'autres fois s'accompagnent de taies de la cornée. Dans les cas de convulsions il prescrit des laxatifs « car, dit-il, une diarrhée légère est un excellent révulsif qui diminue la fièvre et éloigne les convulsions ». Les bains tièdes, les saignées et quelquefois l'incision gingivale, tels sont les principaux agents thérapeutiques auxquels il a recours.

Pour *Barrier* (1840), l'odontalgie et les accidents nerveux sont la cause de toutes les autres complications.

En 1844, paraît un mémoire d'*Eisenman* qui traite des accidents gastro-entériques dus à l'apparition des premières dents.

En 1843, *Rillet et Barthez* dans leur *Traité des maladies des enfants*, croient que l'on abuse en général de la dentition pour expliquer nombre de maladies chez les enfants; cependant ils ne nient pas son influence, leur avis est que la diarrhée, qui quelquefois est favorable, doit cependant être arrêtée, dès qu'elle prend certaines proportions. C'est aussi notre opinion.

Duclos de Tours considère la dentition comme une des plus grandes causes des maladies des enfants; il en décrit très bien les accidents cutanés : érythème eczéma, impétigo, herpès, acné, etc. Il s'appesantit surtout sur les accidents laryngo-broncho-pulmonaires, qui sont pour lui d'une gravité toute exceptionnelle. Quant aux accidents nerveux il les fait dépendre exclusivement de l'hérédité.

En 1848, paraît un travail de *Charles West*. Il croit que l'on abuse de la dentition comme cause des accidents qui surviennent chez les enfants, il ne les nie cependant pas, selon lui les accidents pulmonaires qui surviennent à cette époque tendent facilement à devenir chroniques et aboutissent à la phthisie. Il conseille l'incision de la gencive dans certains cas.

Trousseau, dans ses remarquables leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu, reconnaît et décrit magistralement les accidents qui tiennent à la dentition. Il rappelle le proverbe qui dit : « bel enfant jusqu'aux dents » indiquant par là que la belle santé des enfants s'altère le plus souvent à l'époque de la dentition; et dans cette période en particulier, au

moment de l'apparition des canines, il reconnaît qu'une diarrhée très modérée peut, jusqu'à un certain point, diminuer la fièvre ainsi que la fluxion des gencives, mais il s'élève hardiment contre l'opinion qui veut que cette diarrhée soit entretenue et il conseille de la couper, par tous les moyens possibles, dès qu'elle dure plus de trois ou quatre jours.

Pour lui les accidents nerveux ne sont que le résultat de la douleur, qu'il calme alors avec de la pommade belladonnée.

En 1849, *Bigéard* fait un travail intéressant sur cette question, travail qui ne manque pas d'une certaine originalité. Il croit que tout s'enchaîne ; l'éruption de la dent produit de la douleur, la douleur entraîne le manque de sommeil, le manque de sommeil, la fatigue, la fatigue enfin crée un état de moindre résistance qui fait que l'enfant résiste moins aux assauts des diverses constitutions morbides qui l'entourent, aux influences climatiques, ainsi qu'aux conséquences d'une alimentation diminuée et d'une nutrition defectueuse.

En 1856, paraît une thèse de *Parisot* défendant absolument l'opinion contraire à la nôtre ; pour cet auteur il n'y a et ne peut y avoir que coïncidence

Vogel dans son *Traité des maladies des enfants* passe en revue les différents accidents qui surviennent à la période de dentition ; il parle de cette inflammation locale qui ne tarde pas à se propager à toute la bouche et à produire la stomatite catarrhale que tout le monde connaît. Il attribue les convulsions à la constipation qu'il dit avoir vue aussi fréquente que la diarrhée. Il n'est pas partisan de l'incision gingivale. Il décrit les accidents cutanés en faisant remarquer qu'ils sont tellement sous la dépendance de la dentition qu'ils disparaissent

toujours avec la poussée de la dent. Il émet, par contre, une opinion que *Blachez* dans son article « *Dentition*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* », critique et que nous ne pouvons admettre sans réserves, à savoir que la diarrhée provient de l'ingestion de salive qui joue le rôle de purgatif salin. Evidemment l'enfant qui met des dents secrète beaucoup de salive, mais tout le monde sait que la plus grande quantité de salive secrétée est rejetée au dehors : *l'enfant bave*. Il admet aussi comme cause de la bronchite le refroidissement provenant de l'humidité apportée sur les vêtements et le cou par la salive qui s'écoule quand l'enfant bave, il propose même pour empêcher cette bronchite de faire porter aux enfants des bavettes de caoutchouc.

Nous ne partageons pas l'opinion de cet auteur sur la manière d'envisager l'étiologie des accidents pulmonaires.

Il décrit également le catarrhe muco-purulent de la conjonctivite.

En 1831, parut une thèse de *M. Auger*, qui tout en reconnaissant l'influence de la dentition sur le développement de certaines maladies pendant cette période, la nie absolument lorsqu'il s'agit des conjonctivites si fréquentes chez les enfants.

Enfin paraît, en 1885, une thèse de *M. Abadie*, thèse fort bien faite que nous avons souvent consultée, qui nous semble avoir résumé d'une façon très claire et très nette, les principaux arguments qui militent en faveur de l'opinion que nous soutenons nous même. Nous en arrivons à la discussion qui a eu lieu au mois d'août 1892 à l'Académie de Médecine, à la suite d'un rapport de *M. Magilot*, concluant sans réserve à l'absence de toute influence de la dentition

sur la production des maladies et d'un second rapport de M. *Ollivier*, concluant à peu près dans le même sens quoique d'une façon moins absolue.

M. *Pamard d'Avignon* rapporte que, d'après son expérience personnelle, et d'après une statistique portant sur plusieurs milliers d'enfants, il peut affirmer que tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de l'enfant comme en témoignent nettement les courbes de pesées. Il a remarqué, que dans la saison froide, tout travail dentaire s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes respiratoires, dans les saisons chaudes, au contraire, ce sont les organes digestifs qui sont influencés.

Il conseille l'ouverture de la gencive, qui rend, dit-il, les plus signalés services, surtout lorsque l'enfant est en proie à des convulsions manifestement dues à la dentition.

Il conclut en disant que tout enfant qui fait des dents est un malade, qui, s'il résiste parfois à l'invasion d'une maladie déterminée, diminue toujours de poids.

Il ne va pas par exemple jusqu'à admettre comme conséquence de la dentition l'hystérie chez l'enfant.

Pour M. *Ollivier*, les accidents de la dentition sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense, il les attribue en grande partie aux troubles digestifs qui surviennent par suite d'une alimentation trop fréquente au sein ou au biberon. Quant à l'hystérie chez les petits enfants il persiste à croire qu'elle est moins rare qu'on ne le pense, et il cite à l'appui de cette opinion, l'opinion de l'école de la Salpêtrière.

M. *Leroy de Méricourt* partage l'opinion de M. *Pamard* et croit que la dentition occupe une grande place dans les causes des maladies de l'enfance. Il en appelle aux praticiens

pères de famille qui tous ont constaté maintes fois que les accidents que la dentition détermine peuvent être prévus à l'avance et sont, comme les accidents de la parturition chez la femme, supprimés par un des moyens rapides de délivrance ; l'incision de la gencive les fait en effet cesser.

Pour M. *Herard* on a beaucoup exagéré les accidents de la dentition, *mais vouloir les nier c'est vouloir nier l'évidence*; en effet, on constate des bronchites, des diarrhées, et même des accidents convulsifs à chaque période de la dentition chez les enfants nourris et élevés le plus soigneusement.

Pour M. *Charpentier*, il est incontestable que les enfants qui font leurs dents éprouvent des accidents, soit du côté de l'intestin, soit du côté du cerveau. Les accidents du côté du cerveau sont peut-être plus fréquents chez ceux qui sont nés de femmes hystériques, mais il ne faut pas les considérer comme dus à l'hystérie elle-même.

Enfin il ne partage pas l'opinion de M. *Ollivier* qui attribue à une alimentation trop fréquente les accidents du côté du tube digestif, car on n'ignore pas, dit-il, que les enfants qui mettent des dents ne têtent plus aussi facilement parce que l'inflammation de la gencive les empêche, c'est donc bien pour lui la dentition seule qui est la cause déterminante des phénomènes congestifs observés.

M. *Peter* explique les accidents du tube digestif par suite de la propagation de l'inflammation de la muqueuse de la bouche au tube digestif tout entier ; par ce moyen il se produit une sécrétion exagérée du suc gastrique, des vomissements, puis de la diarrhée et quelquefois tous les symptômes du choléra infantile.

D'autre part, la dentition provoque de l'insomnie qui lors-

qu'elle se prolonge détermine des accidents convulsifs qui peuvent être plus fréquents chez les enfants d'hystériques mais qui n'ont aucun rapport avec l'hystérie; aussi d'après M. *Peter*, c'est par l'incision de la gencive, en décongestionnant la partie hyperhémisée, que l'on obtient le plus souvent la cessation de ces accidents. Il ajoute que la percée des dents s'accuse, avec le thermomètre posé dans la bouche, par une élévation anormale de 2°.

M. *Hardy* trouve que M. *Ollivier* diminue avec raison le nombre des accidents attribués à la dentition, mais il ne saurait y voir l'influence aussi exclusive de l'hystérie.

A son avis les accidents de la dentition existent, ils se traduisent par de la toux, des diarrhées, des éruptions à la figure, etc. Mais tous ces accidents cessent dès que les dents sont sorties de la gencive, de même que les phénomènes nerveux hystériformes que l'on observe quelquefois chez les jeunes gens et les jeunes filles au moment de la poussée des dents de sagesse. Pour M. *Constantin Paul*, les courbes de pesées d'un enfant indiquent nettement la persée de chacune de ses dents. Il est des dents qui déterminent plus d'accidents que les autres les incisives inférieures, plus que les incisives supérieures, les canines et les molaires beaucoup plus que les autres.

Pour M. *Gibert du Havre*, l'allaitement par le sein diminue considérablement la fréquence des accidents de la dentition par suite de l'usure physiologique de la gencive résultant de la succion du sein de la mère. Pour lui, la diarrhée dentaire n'existe pas.

M. *V. Galippe* croit que dans cette question, où deux opinions si diverses sont en présence, on doit faire une sélection

et ne pas rester dans l'absolu. D'après lui, rationnellement, il ne doit pas y avoir d'accidents de dentition, celle-ci étant un acte physiologique ; l'enfant, dit-il, ne doit pas plus souffrir pour la poussée de ses dents que pour la poussée de ses cheveux, c'est pourquoi chez les enfants héréditairement normaux et bien portants, l'évolution dentaire doit se faire sans que l'enfant en souffre et sans que sa santé en soit aucunement troublée. Tandis qu'au contraire, si les enfants ont des accidents convulsifs par exemple, ce n'est pas parce qu'ils font des dents, c'est parce qu'ils sont des dégénérés, des nerveux, ou si l'on préfère des prédisposés, des héréditaires.

M. Jules Simon dans ses remarquables conférences sur *les maladies des enfants*, met cette phrase qui résume bien la question au point de vue où nous nous plaçons « la dentition n'est pas la cause de tous les méfaits qu'on lui impute mais quelques-uns lui sont reprochés à bon droit... »

« ... Sans vouloir accorder ici un crédit illimité à tous les phénomènes qui sont mis sur le compte de la dentition, le fait est néanmoins manifeste, l'évolution dentaire amène parfois des congestions de l'encéphale et de l'appareil digestif (muqueuse et glandes) dont l'apparition et les récidives accompagnent exactement la sortie des dents. »

Le 19 août 1885, à la session de Grenoble, M. Chaumier dit que, depuis sept ans qu'il fait des recherches sur la question, la poussée des dents n'entre pour rien dans les accidents qui surviennent à ce moment, que les gencives ne sont pas douloureuses puisque les enfants cherchent à mordre ; quant aux maladies générales, il les met toutes sur le compte de l'épidémicité ; la diarrhée n'existe que parce que l'enfant est athrepsique ou parce que tous les enfants de l'entourage

l'ont ; l'enfant tousse parce que la mère tousse ou toussera après son enfant. Les éruptions cutanées sont dues à la contagion (pseudo-scrofule) ; la fièvre, mais c'est un embarras gastrique qui la cause ; enfin, l'enfant n'a des convulsions que parce que ses parents sont nerveux.

Terminons ce rapide aperçu en disant que M. *Magitot*, allant jusqu'au bout de l'absolutisme dans la négation des accidents de la dentition, a formulé, à l'académie, une proposition tendant à ce que les maladies dites *de dentition* soient rayées du cadre de la nosologie médicale.

DISCUSSION

Le lecteur, qui a bien voulu nous suivre dans cet exposé historique de la question, a pu voir, par les quelques petits commentaires par nous apportés, que notre opinion est diamétralement opposée à celle de M. *Magitot*.

Nous affirmons, en nous basant sur notre petite expérience et sur les leçons que nous ont donné nos maîtres, que la dentition s'accompagne souvent sinon toujours, d'accidents plus ou moins graves du côté des divers systèmes de l'économie.

Que l'on ait abusé du prétexte de la dentition pour expliquer des faits pathologiques dont l'étiologie et la marche échappaient à une investigation première, nous ne voulons pas en douter, mais aller jusqu'à nier d'une façon absolue comme le fait M. *Magitot*, ou d'une façon relative, comme le fait M. *Ollivier*, l'influence funeste de la dentition sur l'état pathologique de

l'enfance c'est, comme disait un auteur cité précédemment, nier l'évidence. Nous n'en voulons pour preuve que l'opinion publique, l'observation journalière rapportée par les mères de famille. Qui de nous n'a entendu dire par une mère attentive cette phrase *« chaque fois que mon enfant a mis une dent il a été ma lade »* ou bien *« mon enfant est grognon depuis hier, sûrement il va mettre une dent. »*

Nous n'en voulons comme preuve encore que ce qui se passe chez les animaux; il n'y a pas de vétérinaire qui n'oserait affirmer que nombre de petits chiens succombent au moment de la dentition. Nous n'ignorons pas que M. Magitot s'est servi du même exemple tiré du règne animal pour soutenir son opinion. « Les enfants en bas âge sont malades, dit-il, comme le sont tous les petits chiens et les petits chats, mais en dehors de la dentition ». Nous sommes loin de soutenir qu'une phase pathologique ne peut exister en dehors de la dentition, mais nous répétons que, dans cet ordre d'idées, l'opinion populaire a voix au chapitre, car, elle a pour base des faits d'une évidence aussi nette que ceux rapportés dans l'observation, déjà citée, de cet enfant très bien portant dans l'intervalle de l'évolution de deux dents et qui ne manquait jamais d'uriner du pus quand une nouvelle dent commençait à évoluer.

Les observations que nous citerons plus loin sont des faits aussi plausibles que celui-ci.

Si l'évolution dentaire, comme le dit M. Magitot, est un acte physiologique qui doit s'effectuer simplement et sans fracas comme la poussée des cheveux, il n'en est certainement pas de même de l'éruption dentaire qui n'est pas autre chose qu'un traumatisme de la gencive, et qui dit

traumatisme, dit choc, dit répercussion, sur un quelconque des organes.

M. Magitot a bien essayé de dire que l'éruption ne se produisait pas par le fait d'une ouverture ou plaie de la gencive mais bien par une usure lente de bas en haut de cette gencive.

Mais pour être cachée cette plaie existe-t-elle moins ?

N'y a-t-il donc plaie que dans les cas de solution de continuité extérieure ? Et puis du reste est-ce que les choses se passent toujours ainsi ? Si pour les incisives, et les canines, la porte de sortie de la dent se fait insensiblement et par une ouverture linéaire produite par le bord tranchant de ces deux sortes de dents, qui oserait affirmer que la sortie des molaires s'effectue aussi facilement ? Sans vouloir tirer de la façon dont émergent de la gencive les dents permanentes une similitude parfaite, nous en appellerons au souvenir d'un chacun pour savoir les lacérations gingivales, les déchirures de la muqueuse, et les douleurs qui en sont la conséquence que nous avons presque tous ressentis, lors de l'éruption de nos dents de sagesse.

A cette époque qui, pour certains passé, à peu près inaperçue, mais qui pour presque la généralité des adultes est une période de souffrance, les désordres causés sont sinon considérables, du moins assez marqués pour laisser un douloureux souvenir : énervement, difficulté de la mastication et par suite mauvaises digestions, boursoufflement de la gencive, douleurs considérables lorsque la langue, par mégarde, passe sur la partie malade ou soulève un lambeau de la muqueuse. Céphalalgie et quelquefois salivation et aphtes.

Ce tableau d'accidents locaux n'est-il pas absolument le

même, dans des proportions différentes certainement, que celui qui se passe chez l'enfant qui met ses premières dents ?

Pourquoi ne vouloir admettre le même retentissement sur l'enfant, plus sensible encore que l'adulte aux choses extérieures.

L'enfant qui souffre et n'a pas de sommeil est un enfant qui, quoiqu'on en dise, résistera moins aux influences morbides, s'il a des antécédents nerveux et s'il l'est lui-même il n'y a pas de doute que son système cérébro-spinal ne s'en ressentira facilement.

L'enfant qui souffre perdra son appétit, les fonctions digestives s'effectueront plus difficilement et le peu d'aliments ou de lait que les mères, dans leur sollicitude, s'efforceront de lui faire prendre se digérera mal, d'où fatigue de l'estomac, inflammation du tube digestif, vomissements, diarrhées et même souvent réveil des accidents du carreau qui sommeillaient, comme on verra dans une observation que nous donnons plus loin.

Il n'est pas jusqu'aux organes en apparence indépendants qui ne soient le siège d'une répercussion de cet état de débilité accidentelle ; tel enfant qui jusqu'à présent n'ayant pas souffert, se sera nourri, aura résisté aux influences de chaud et froid, se verra bientôt pris, dès que les accidents douloureux auront paru, de phénomènes morbides du côté de l'appareil respiratoire.

N'est-il pas admis que chez l'adulte un état de « mal en train » prédispose aux maladies ; pourquoi ne veut-on pas qu'il en soit de même pour l'enfant ?

La fièvre, cet état d'hyperhémie générale, et que personne

n'osera nier sérieusement, sera encore une cause prédisposante à l'éclosion d'un certain nombre d'accidents qui ne demandaient pour paraître que le coup de fouet déterminant.

La dentition, avec sa douleur et son escorte débilitante, a été l'étincelle qui a mis le feu aux poudres.

Tel autre enfant, dont les organes de la vision seront diathésiquement susceptibles, les verra le siège d'une inflammation qui apparaîtra au moment de la dentition.

Un autre verra, à ce moment là, paraître sur son corps des éruptions qui surviendront tout à coup et que rien d'autre que la dentition ne pourront expliquer.

Brown-Séquard dit que ces troubles des différents organes sont de nature réflexe dont le point de départ est dans les nerfs gingivaux et dentaires, qui de là remonte vers les centres nerveux et se réfléchit ensuite dans les nerfs trophiques de la partie affectée.

Résumons-nous : si les complications du côté du tube digestif nous paraissent être les seules directement soumises à l'influence de la dentition ; si son influence *directe* ne nous paraît pas aussi bien établie en ce qui concerne les complications des autres organes, nous n'en restons pas moins persuadés que la dentition met l'enfant dans un état de réceptivité des divers éléments morbides qui, sous son influence, se localisent à l'organe qui a le moins de résistance, au *locus minoris resistentiæ*.

Nous avons vu, par cet exposé historique de la question, exposé que nous ne regrettons pas d'avoir fait un peu long, que les accidents de la dentition peuvent être de différente nature, nous allons les passer successivement en revue et nous fournirons des observations à l'appui, ce sont :

1. Les accidents locaux ;
2. Les accidents généraux ;
3. Les accidents du côté du tube digestif ;
4. Les accidents du côté de l'appareil respiratoire ;
5. Les accidents du côté de la peau ;
6. Les accidents du côté de l'appareil visuel ;
7. Les accidents du côté du système nerveux ;
8. Les accidents du côté de l'appareil urinaire ;

Nous terminerons avant de passer aux observations par un très succinct précis thérapeutique.

ACCIDENTS DE LA DENTITION

1°. — *Accidents locaux.*

Les accidents locaux sont très nombreux, et ils ont, si nous pouvons nous exprimer ainsi, sur les autres, l'avantage de n'avoir jamais été sérieusement niés.

Le premier accident en date, celui qui dès qu'il apparaîtra ne laissera aucun doute à une mère attentive, *c'est la douleur.*

Le pauvre bébé qui déjà, à l'entrée de la vie, commençait à esquisser de petits sourires, donnera quelquefois tout à coup des signes manifestes de douleur ; sa petite existence se partagera entre les cris et les pleurs, seules expressions dont il puisse se servir pour dire sa souffrance. La mère, inquiète d'un état dont elle ne peut connaître encore la cause, sera bientôt fixée lorsque l'enfant portant constamment à sa bouche ses petit doigts, les mordillera, semblant désigner ainsi dans un geste expressif la cause de ses maux. C'est que le *prurit*, ce second accident si désagréable, aura fait son apparition. Tout semblera bon à l'enfant pour exercer sur la gencive une pression et un frottement qui lui procurera un instant bien court hélas ! de repos si utile à sa bonne venue. Le sein de sa nourrice, le bout du biberon, le hochet où le bâton de guimauve, donné d'une façon si courante et dans

le but de favoriser l'éruption de la dent, seront les faibles armes qu'il opposera à cette démangeaison si opiniâtre.

Cette douleur et ce prurit sont dûs à la pression qu'exerce à la face interne de la gencive la dent en voie d'évolution.

A ce moment survient un nouvel accident auquel le public attache une grande importance : *le ptyalisme*.

La salive qui jusqu'à présent, par suite de l'absence d'une digue suffisante, s'échappe de la bouche, va devenir tellement abondante qu'aucun revêtement, qu'aucune bavette ne pourra en protéger le corps de l'enfant. Cette salivation excessive est due non-seulement à une action réflexe sur les glandes salivaires mais encore à la *stomatite* généralisée, car de la gencive l'inflammation s'est propagée à la bouche toute entière.

Ce quatrième accident peut prendre des proportions considérables; à l'inflammation simple se substitue quelquefois des manifestations aphteuses, du muguet survient, qui augmente les désordres que nous étudierons lorsque nous passerons en revue les accidents du tube digestif, et aggravant l'état général, met souvent la vie de l'enfant en danger.

On observe également des plaques couenneuses de la muqueuse et même quelquefois des eschares. *Hunter* même a signalé des hémorrhagies et des abcès intra-alvéolaires.

Enfin signalons comme accidents, déjà décrits dans certains auteurs, de la périostite et des adénites sous-maxillaires.

2°. — *Accidents généraux.*

Le plus ordinairement, lorsque ces accidents se produisent avec une certaine intensité, on voit survenir un état fébrile fort manifeste, quelquefois idiopathique, mais le plus souvent symptomatique d'une affection qui se déclare.

Lorsque la fièvre vient seule elle débute brusquement, surtout pendant la nuit : elle est caractérisée par de l'agitation, de l'insomnie, un changement dans le caractère, qui se traduit par de la maussaderie, puis tout à coup une accalmie se produit et tout rentre dans l'ordre. Si l'on observe attentivement ce qui s'est produit on voit qu'une dent s'est fait jour ; ce sont en définitive, dit *Trousseau*, « les symptômes d'une fièvre traumatique légère ».

Cet accident est le plus ordinaire et le moins grave, il ne dure souvent qu'un ou deux jours.

Lorsque la fièvre est symptomatique de l'inflammation d'un des différents appareils qui sont affectés pendant la période de dentition, elle conservera ses formes cliniques propres à chaque état pathologique, elle persistera jusqu'à ce que la cause qui la produit, disparaisse. Pour éviter les redites et ne pas sortir du cadre que nous nous proposons, nous nous abstiendrons de la mentionner et de la commenter.

3°. — *Accidents du côté du tube digestif.*

Les accidents locaux que nous avons vus se déclarer dans la bouche, par suite de la fluxion de la muqueuse, ne restent

pas toujours localisés à l'entrée du tube digestif ; l'inflammation se propage à l'estomac et à l'intestin.

Les deux complications qui surviennent alors sont certainement celles qui doivent le plus éveiller notre attention ; ce sont les seules qui, à notre avis, sont la conséquence directe de la dentition.

Les vomissements et la diarrhée, tels sont les deux grands facteurs qui, entrant en scène, vont faire courir aux enfants les plus grands dangers. Celui-ci, qui jusqu'à présent avait bien digéré, rendra après chaque tétée ou chaque biberon son lait tout caillé ; cette cause de dénutrition persistera quelles que soient les précautions que l'on prenne pour alimenter le petit enfant. Les efforts qu'il fera pour rendre seront pour lui une cause d'épuisement que ne fera qu'augmenter la diarrhée qui ne tardera pas à paraître. Rare lors de la sortie des incisives elle sera beaucoup plus fréquente, comme le fait remarquer *Guersant*, lors de l'éruption des canines et des molaires. Si la diarrhée, existe les vomissements diminueront un peu, lorsque l'enfant prendra des aliments purement liquides, les aliments solides paraissant irriter et faire contracter l'estomac.

Si l'enfant se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques, si l'alimentation légèrement diminuée se fait d'une façon rationnelle, la diarrhée peut très bien ne durer que deux ou trois jours. Ce court espace de temps suffit cependant pour laisser sur son petit visage l'empreinte de l'anémie accidentelle ; mais lorsqu'elle se prolonge, le masque de l'enfant prend un caractère absolument typique : la face pâle, les joues creusées, les yeux enfoncés et entourés d'un cercle

bistré forment l'ensemble si bien désigné sous le nom de *facies abdominal*.

Un petit cri plaintifs'affaiblissant progressivement, une soif que rien ne peut calmer complètent l'ensemble des symptômes qui font penser au choléra infantile. De l'entérique, la diarrhée, corollaire obligé de la dyspepsie, devient bientôt séro-muqueuse et catarrhale; à ce moment, la terrible gastro-entérite est établie. Pour peu que cet état dure, l'intestin, comme l'ont démontré de nombreuses nécropsies, peut s'ulcérer superficiellement, et la diarrhée prendre un caractère de chronicité qui conduit presque fatalement au marasme et à la mort.

Les selles prennent alors un caractère dyssentérique, on a même cité des cas d'hémorrhagies intestinales et de mœléna. Parfois, par suite de la propagation de l'inflammation de la muqueuse stomacale au canal cholédoque, on voit survenir des accidents du côté de l'appareil biliaire, l'enfant présente alors une légère teinte ictérique.

Ces accidents plus ou moins graves qui peuvent exister, nous le savons, en dehors de la dentition, trouvent cependant, de par elle, une cause d'augmentation de fréquence que Bouchut et Trousseau ont évaluée de la façon suivante :

Trousseau estime qu'en dehors de toute dentition, un quart des enfants ont de la diarrhée, tandis que sur un nombre déterminé d'enfants en pleine éruption dentaire, les deux tiers en sont atteints.

Bouchut sur une statistique de 138 enfants mettant des dents, en a trouvé 112 ayant de la diarrhée et 26 n'en ayant pas, ce qui fait une proportion d'un peu plus des trois quarts.

Ces deux opinions de deux grands maîtres auraient suffi, ce

nous semble, pour empêcher M. Magitot de traiter de légendaire et de fait sans contrôle l'opinion que nous défendons.

La diarrhée, bien que de beaucoup la plus fréquente n'existe pas toujours sans exception, ainsi on a vu une *constipation* opiniâtre accompagner l'éruption des premières dents.

Sans vouloir tomber dans l'excès de certains auteurs qui considèrent toute diarrhée comme un dérivatif utile, nous ne devons pas oublier qu'à un autre âge de la vie, alors que des congestions du côté du cerveau sont imminentes, un laxatif prescrit à propos et une diarrhée légère provoquée, peuvent éloigner momentanément tout au moins, un accident grave, de même chez l'enfant chez qui la congestion cérébrale survient si aisément, pourquoi n'admettrait-on pas l'utilité d'une dérivation que produit toujours, sans fatigue, une diarrhée légère, et qu'on peut arrêter, si l'on a soin de ne pas lui laisser prendre un caractère trop accentué.

A notre avis, une légère diarrhée jaune ne doit pas être coupée intempestivement, elle ne présente du reste aucune gravité ; tandis qu'au contraire une diarrhée aqueuse et verte doit être immédiatement enrayée et combattue par les moyens les plus énergiques.

De même et pour une raison semblable, la constipation doit inquiéter le praticien et être soignée au plus tôt.

Lorsque ces divers accidents, vomissements, diarrhée ou constipation présentent une forme légère ils cèdent rapidement et sans traitement dès que la dent a fait éruption.

4^e *Accidents du côté de l'appareil respiratoire.*

Le mouvement fluxionnaire général qui accompagne la dentition se traduit aussi par des affections catarrhales de toute la muqueuse qui tapisse les différents organes de l'appareil respiratoire. La muqueuse pituitaire se gonfle et apporte une gêne considérable à la respiration, bientôt apparaît une hypersécrétion séreuse d'abord, puis bientôt muqueuse qui va servir de véhicule à l'inflammation vers les parties profondes des voies aériennes ; ce *coryza* en effet pourra se compliquer de *laryngite* et de *laryngo-trachéite* ; alors apparaîtra la toux caractéristique désignée sous le nom de *toux de dentition* ; ce sera d'abord une toux quinteuse sèche qui bientôt deviendra plus grasse au fur et à mesure que l'inflammation se propageant aux bronches, l'état de l'enfant se compliquera de *bronchite*. Les râles ronflants et sibilants existeront le plus souvent seuls, mais pour peu que l'enfant ait une prédisposition, soit congénitale, soit acquise, on verra bientôt survenir les signes stéthoscopiques de la broncho-pneumonie.

Ce seront d'abord de petits foyers extrêmement limités, mobiles en quelque sorte, apparaissant aujourd'hui à droite, demain à gauche et cédant, lorsqu'ils ne sont pas très étendus, à l'apparition de la dent, cause de cet état morbide. D'autres fois au contraire, lorsque ces foyers s'élargissent, la maladie suit son cours et pour peu que l'enfant soit affaibli par une autre complication, la diarrhée, par exemple il est presque fatalement condamné ; la bronchite capillaire dans

ces conditions ne pardonne que rarement. Ce que nous avons dit au sujet de la diarrhée légère, considérée comme un dérivatif utile, lors des accidents inflammatoires des divers organes, s'applique très bien à cette même diarrhée supprimée brusquement au milieu d'une poussée inflammatoire aiguë de l'appareil pulmonaire ; ne savons-nous pas que la phlegmasie pulmonaire, chez les phthisiques, prend un surcroît proportionnel d'intensité dès que le flux intestinal est arrêté brusquement par une imprudente médication, tandis que l'on voit leur toux s'arrêter, dans une certaine limite, pendant la persistance de la diarrhée, mais nous le répétons ici, pour qu'elle soit un accident favorable, il ne faut pas qu'elle dépasse un certain degré.

5° *Accidents du côté de la peau.*

Les accidents du côté de la peau que l'on constate, lors de la première dentition, sont excessivement nombreux, mais nous pouvons dire, dès à présent, qu'ils présentent une grande bénignité et disparaissent ou s'amendent dès que la dent a terminé son éruption.

Les manifestations les plus communes, et que dans le langage ordinaire on désigne sous le nom de *feux de dents* sont : *l'urticaire, le lichen, le prurigo, l'eczéma, l'impétigo*. Il n'est pas rare que le même enfant, à chaque poussée de dent, ait la même manifestation cutanée, mais il est un fait signalé déjà dans plusieurs ouvrages, c'est que pour une même dent il n'y a pas plusieurs sortes d'accidents du côté de la peau. Il n'y a pas d'érythème polymorphe. Nous savons que cette

polymorphie est un signe pathognomonique de la syphilis cutanée.

On observe quelquefois, mais plus rarement, de la *rubéole* et du *pemphigus*. Nous venons de dire que ces accidents disparaissent, presque toujours, dès que la dent a fait son apparition, mais les formes érythémateuses qui amènent une altération du côté du derme, tels que le lichen, le prurigo, l'eczéma, l'impétigo ne guérissent pas tout à coup après l'éruption de la dent, mais s'améliorent notablement. Le siège de ces manifestations est généralement à la face, les pommettes, les joues, le dos et rarement les jambes. M. Abadie dans sa thèse, que nous avons déjà signalée, rapporte une observation des plus intéressantes : il s'agit d'un enfant de deux ans, qui, au moment de l'éruption des incisives latérales, présenta derrière le cou et dans le dos de petites tumeurs en forme de gommes, alors que l'examen le plus minutieux ne faisait trouver chez cet enfant ni antécédents syphilitiques ni scrofuleux. Ces accidents étaient bien des gommes et non pas des ganglions, leur forme et leur situation ne permettant pas de faire une erreur de diagnostic. Pour plus de sûreté, on prescrivit un traitement ioduré potassique qui n'amena aucun changement; cette médication fut continuée, pendant quinze jours sans aucun résultat et l'enfant souffrait toujours. Trois semaines après les dents firent éruption, les crûs cessèrent et en même temps les gommes disparurent.

6° *Accidents de l'appareil de la vision.*

Ces sortes d'accidents ont été très bien décrits par M. Ga-

lezowski ; comme les accidents cutanés, ils sont d'une entière bénignité quand ils sont sous la dépendance de l'éruption dentaire. Si, au contraire, la dent n'a été que le coup de fouet qui a déterminé les manifestations d'un état diathésique quelconque, il est bien certain que l'intensité correspondra à la gravité de l'état constitutionnel. Les accidents les plus communs sont la congestion simple du globe oculaire ou la conjonctivite phlycténulaire avec ulcération de la cornée ; enfin le catarrhe muco-purulent de l'œil. Toutes ces manifestations, et en particulier la *kérato-conjonctivite phlycténulaire* qui est la vraie ophthalmie dentaire, peuvent survenir au moment de la sortie de n'importe quelle dent, mais c'est surtout les canines supérieures, dites *œillères*, qui en sont la cause la plus fréquente et qui s'accompagnent d'une intensité plus grande.

M. Magitot ne veut pas entendre parler de cette étiologie, pour lui tous ces accidents sont sous la dépendance de la scrofule et du lymphatisme. Il n'en est pas moins vrai que les trois quarts des affections de l'œil, qui surviennent à cette époque, guérissent rapidement et sans traitement, dès que la dent est sortie ; en est-il toujours de même des accidents survenant en dehors de la période dentaire ?

Signalons encore la différence qui existe entre le catarrhe muco-purulent de la conjonctivite oculo-palpébrale d'origine dentaire et le même catarrhe d'origine scrofuleuse : tandis que le premier est absolument dépourvu de contagiosité, le second expose le malade et ceux qu'il infecte à toutes les terribles complications de l'ophthalmie. Le premier guérit sans traitement ; quels sont les traitements qui n'ont pas été expérimentés, en vain, contre le second ?

7° *Accidents du côté du système nerveux.*

Nous avons vu dans l'exposé historique, que nous avons fait au commencement de ce travail, que le point de départ, à l'Académie, de la discussion sur les accidents de la dentition, avait été provoqué par le rapport de M. Chaumier, sur les manifestations nerveuses qui surviennent chez l'enfant, à une période de la vie où les dents pouvaient être mises en cause. Nous avons vu que certains auteurs, tels que MM. Ollivier, Gallipe, considéraient les accidents nerveux de ce moment comme des manifestations hystériques et non comme provoqués par la poussée des dents. Pour ces auteurs, ce sont tous des malades, fils de pères ou de mères plus ou moins nerveux, qui le deviennent par hasard à ce moment, mais sans aucune raison dentaire. Nous ne partageons pas leur avis, et nous croyons plutôt que ces accidents sont des phénomènes réflexes dûs à l'excitation transmise aux centres nerveux par le système dentaire. Nous avons déjà vu la théorie de M. Brown-Séquard.

Ces accidents débutent d'emblée, sans prodromes, par des agitations et des soubressauts la nuit. Parfois les mouvements convulsifs sont limités aux yeux et à la face, mais souvent, ils se propagent aux membres supérieurs et inférieurs. Le faciès exprime l'effroi et la douleur, les yeux sont ouverts, les paupières sont souvent agitées, et l'enfant a de la photophobie. Les traits sont tirés irrégulièrement, les muscles sont violemment contracturés, l'enfant pousse des cris plaintifs. Les mouvements respiratoires et le pouls deviennent

irréguliers, la face est cyanosée, les lèvres bleues et la peau couverte de sueurs. Il y a des pertes de connaissance et de la diminution de la sensibilité. Ce tableau peu rassurant, n'est heureusement pas le plus commun, les accidents peuvent souvent ne durer que quelques minutes et disparaissent toujours avec l'éruption de la dent. Mais lorsqu'ils persistent plus longtemps, ils deviennent aisément et rapidement mortels. Souvent les accidents convulsifs ne sont pas aussi extérieurs et aussi apparents ; ce qu'on désigne sous le nom de convulsions internes ne sont autre chose que les contractions des muscles non soumis à la volonté ; tels que contractures du diaphragme, spasme de la glotte, etc.

Les nourrices, dit Trousseau, les reconnaissent à ce que l'enfant n'a pas le regard aussi net que d'habitude, les yeux sont dirigés en haut, ne laissant voir à travers des paupières à demi ouvertes, que le blanc de l'œil. Les enfants ont souvent à ce moment des crises de hoquet.

Il est une autre forme d'accidents très bien décrite par *Henoch*, dans une de ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, intitulée : *De la contracture idiopathique chez les enfants* il dit ceci : « Permettez-moi d'ajouter quelques
« mots au sujet d'un symptôme convulsif des plus rares
« dans l'enfance, le tremblement. Tandis que celui-ci s'ob-
« serve fréquemment chez les adultes et les vieillards, soit
« comme affection spéciale indépendante (tremblement
« sénile des buveurs, mercuriel, etc.), soit comme phéno-
« mène concomittant dans les affections centrales véritables
« (paralyse agitante, sclérose de la moelle), je n'ai guère
« trouvé le tremblement de l'enfance que dans les mem-
« bres paralysés ou contracturés, dans la tuberculose du

« cerveau, la méningite de la base et d'autres maladies céré-
« brales. Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'observer un
« tremblement général ne s'accompagnant pas de symptô-
« mes graves et se terminant heureusement.

« Le 5 février 1879, on apporta à la polyclinique un enfant
« de quinze mois, bien portant, bien nourri et qui, quatre
« semaines auparavant aurait été atteint d'une inflammation
« pulmonaire. Depuis une quinzaine de jours seulement il
« existait un tremblement continuel des mains et des pieds,
« ainsi que de la tête qui était ordinairement un peu rejetée
« en arrière, mais que l'on pouvait facilement mouvoir en
« avant et latéralement. L'enfant criait très souvent et d'une
« manière continue, comme s'il éprouvait de la douleur ;
« et le cri, analogue au tremblement des extrémités, consis-
« tait non pas en sons continus mais en un chevrottement.
« Depuis que l'enfant se trouvait en cet état, il avait désap-
« pris à se tenir debout, mais il savait saisir et tenir ses
« jouets de ses mains tremblantes. Il était d'ailleurs dans un
« parfait état de santé et tous les organes fonctionnaient
« normalement. On l'admit dans le service des enfants et
« son état ne s'améliora pas d'abord. Le 18, le tremblement
« se dissipa et dès le 20, la guérison fut complète. Le traite-
« ment consista dans l'administration de l'hydrate de chloral
« à 1:120.

« Il m'est impossible, continue-t-il, d'établir qu'elle a été
« la cause de ce tremblement dans ce cas exclusivement
« rare. En raison du parfait état de santé de l'enfant, j'ai
« cru devoir lui attribuer une action réflexe dépendant de la
« dentition, et bien que pendant la durée de notre observa-
« tion, il n'y ait pas eu d'éruption de dent, je pourrais ce-

« pendant maintenir cette opinion. On peut toujours suppo-
« ser que le soulèvement de la dent comprime et irrite pen-
« dant un certain temps les nerfs alvéolaires et provoque des
« phénomènes réflexes ; mais que la progression ultérieure
« vient délivrer les nerfs de cette compression avant que la
« dent n'apparaisse au jour. Cette façon d'expliquer la pro-
« duction du tremblement m'est venue à l'esprit en compa-
« rant ce cas à d'autres dans lesquels les mouvements sem-
« blables, bien que plus marqués et limités à des groupes
« de muscles distincts, se sont produits à la suite de cette
« excitation réflexe, je veux parler de la forme spasmodique
« qui a, dans ces derniers temps, attiré l'attention sous le
« nom de *spasme nutant* (*spasmus nutans*), *tic de Sa-*
« *laan*. »

Nous devons à l'obligeance de M. Halipré, interne au ser-
vice de M. le Dr Legroux, une observation de ce genre de
tremblement que l'on croit sous la dépendance de la denti-
tion et qui est, croyons-nous, la première de ce genre pu-
bliée en France.

Vu l'importance de la chose, nous n'avons cru ne pouvoir
mieux faire que de rapporter *in-extenso* ce que M. Hénoc'h
pense de ce tremblement.

Quant à l'observation prise dans le service de M. Legroux,
nous la joindrons au groupe des observations que nous
donnons à la fin de cet ouvrage.

Le même clinicien de l'hôpital de la Charité à Berlin, dans
une autre conférence parlant du *spasme nutant*, cite l'obser-
vation d'un enfant de 6 mois et d'un autre de 8 mois qui
présentaient des mouvements de balancement de la tête
d'avant en arrière. Dans l'un de ces cas, il s'y ajoutait par-

fois de la rotation des yeux en haut. Ces mouvements cessaient pendant le sommeil de même que pendant la veille, durant un temps très court, quand on fixait l'attention de l'enfant. Si on voulait les réprimer, en maintenant la tête, on provoquait une vive agitation et des pleurs.

La bouche était chaude, la sécrétion salivaire profuse. Le traitement fut sans résultat; ce ne fut qu'au bout de trois mois, dans le premier cas, de plusieurs semaines dans le second que l'éruption des dents amena la guérison immédiate.

L'auteur cite encore d'autres observations parfois compliquées de strabisme et de nystagmus, de la rotation des yeux, du mouvement du corps, etc., et qui guérissaient avec l'éruption des dents, et il termine en disant : « la disparition des « phénomènes spasmodiques, à la suite de la sortie des « dents chez un certain nombre de ces enfants, démontre « que l'irritation réflexe prenait son origine dans la dentition. »

On peut admettre, il est vrai, que d'autres irritations réflexes peuvent produire le spasme nutant au même titre que la dentition, mais nous ne croyons pas qu'on puisse nier son action et son origine.

Nous nous sommes étendus un peu longuement sur les accidents nerveux, car ils nous semblent à la fois les plus intéressants à connaître tant au point de vue de leur étiologie que de leur pronostic.

8°. — *Accidents du côté de l'appareil urinaire.*

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les accidents qui peuvent survenir chez les enfants du côté des voies urinaires pendant la période de dentition. Notre expérience n'a pu nous faire connaître qu'un cas de *phimosis à répétition*, survenu deux fois, au moment de deux crises successives.

Mais cet accident qui s'observe souvent chez les enfants pendant les accès de fièvre, par suite de l'inflammation causée par des urines irritantes, peut très bien avoir été produit par la même raison, et ne nous semble pas assez probant, et assez dépendre de la dentition pour que nous ayons cru devoir le mettre parmi les observations.

Ce qui a beaucoup plus d'importance, c'est le fait signalé par Hunter, et dont nous avons déjà parlé dans l'historique, de cet enfant chez lequel on observa de la *cystite* à trois reprises différentes, lors de trois poussées successives de dents.

Ce seul exemple de cystite survenu, sans aucune autre cause explicable, suffit pour nous convaincre et nous faire accepter comme possible du côté des voies urinaires une influence qui se manifeste d'une façon si nette et si précise sur tous les autres organes.

PRÉCIS THÉRAPEUTIQUE

Notre intention n'est pas de faire un exposé thérapeutique des différents moyens qui ont été employés pour combattre les accidents qui reconnaissent pour cause la dentition, nous serions obligé de passer en revue toute la thérapeutique dans ses rapports avec la pathologie interne; du reste, nous savons que la plupart disparaissent sans aucun traitement dès que la dent a fait son éruption à travers la gencive, néanmoins il est quelques petites notions utiles à connaître, et que nous allons passer rapidement en revue.

Contre les accidents locaux, les frictions sur la gencive avec un mélange de chlorhydrate de cocaïne et de sirop de safran; les attouchements de la muqueuse buccale, avec un pinceau imbibé d'un collutoire au borax et au miel rosat; les incisions faites, en temps opportun, sur une gencive boursoufflée sont, à notre avis, des moyens simples, mais dont les enfants retireront certainement du soulagement.

Contre les accidents généraux, la fièvre intense, nous ne saurions trop recommander les bains à 24° et 25°, qui ont pour but, tout en abaissant la température d'apporter au système nerveux un calme et une sédation quelquefois d'assez longue durée.

Les accidents pulmonaires et cutanés seront traités suivant le cadre propre à chacun d'eux.

Quant aux accidents du tube digestif, vomissements et diarrhée, il est bon que nous nous y arrêtions un peu plus longtemps.

Ici, plus que pour tous les autres accidents, les conditions d'hygiène et d'allaitement raisonné seront les plus grands agents thérapeutiques que le médecin ait à sa disposition ; il est certain qu'à un moment où une cause inflammatoire agit avec tant d'intensité sur le tube digestif, celui-ci devra être ménagé, épargné, traité avec la plus grande circonspection.

Malheureusement, soit ignorance, soit parti pris, les mères et les nourrices ne tiennent aucun compte de la susceptibilité de l'estomac et des intestins des nourrissons ; ce sont elles souvent qui sont cause de ces troubles digestifs qui commencent par la lientérie et aboutissent aux entérites. L'enfant qui met des dents est un malade que l'on doit mettre au régime lacté pur ; s'il tète, ne lui donner que le sein, s'il mange déjà et si l'alimentation artificielle est utilisée, ne lui donner que le biberon et encore dans des proportions restreintes et à des heures bien réglées. Nous préférons de beaucoup le lait stérilisé à tout autre lait ; c'est un sûr garant de la prompte disparition des accidents diarrhéiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite, gracieusement fournie par M. le D^r Genesteix.)

M. G., âgé de 23 mois, est pris une nuit d'accidents fébriles intenses, sans que rien avant son coucher ait pu les faire prévoir; très gai, très bien portant, l'enfant avait joué avec sa petite sœur toute la journée précédente. Cette fièvre qui le réveilla brusquement s'accompagna de sueurs profuses et d'une agitation extrême. L'enfant poussait des cris, avait des frayeurs que rien ne pouvait calmer; la nuit se passa tout entière de la même façon. Le lendemain matin, on remarqua que les gencives étaient fortement gonflées et que les canines inférieures et supérieures paraissaient prêtes à sortir. L'enfant du reste manifestait, par les quelques mots qu'il savait prononcer et par ses gestes, que le siège de la douleur était aux gencives.

Cet état dura toute la journée et toute la nuit suivante sans que l'enfant ait voulu ni manger, ni sourire, ni jouer.

Le soir, le thermomètre indiquait 39°,9, l'auscultation ne révéla à ce moment que quelques râles ronflants et sibilants généralisés. Trente-six heures après le début de la maladie,

les symptômes douloureux ne s'étaient pas amendés, la température restait toujours au voisinage de 39°, l'auscultation fit découvrir alors, un petit foyer de broncho-pneumonie vers la partie moyenne du poumon droit en arrière. La tuméfaction des gencives n'ayant pas diminué et la douleur paraissant toujours aussi vive, on fit une double incision gingivale à la mâchoire inférieure, en même temps que l'on appliquait des révulsifs sur le côté droit de la poitrine en arrière.

Les accidents pulmonaires s'améliorèrent bien vite; la température quoique restant toujours élevée, s'abaissait progressivement, on constata à ce moment, cinquième jour après le début de la maladie, que les canines inférieures avaient fait leur apparition à la suite de la petite incision.

Mais l'enfant n'avait pas encore repris son caractère habituel.

Fatigué par l'insomnie et la douleur, il avait perdu l'appétit et du reste, ses canines supérieures étaient toujours recouvertes d'une muqueuse rouge, oedématisée. L'inflammation s'était propagée à toute la cavité buccale, la salivation était abondante. Les quelques aliments, toujours liquides qu'on lui donnait étaient aussitôt rendus.

La diarrhée apparut vers le huitième jour seulement et prit immédiatement une intensité extraordinaire. Il y eut, dans les 24 heures, au moins vingt selles séreuses, la température, à ce moment là, remonta brusquement à 39°,8.

Du côté de la poitrine l'auscultation ne découvrait rien qui expliquât cette hyperthermie : à peine quelques râles sibilants. Aussitôt l'habitus extérieur changea, le facies abdominal avec ses yeux excavés, cernés, l'amaigrissement et la pâleur de la figure dévoilèrent une gastro-entérite aiguë. La soif était

inextinguible. Une potion au salicylate de bismuth additionnée de deux gouttes de laudanum de Sydenham fut prescrite en même temps qu'on pratiqua l'incision des gencives supérieures. Les vomissements s'arrêtèrent presque aussitôt et la diarrhée changea de caractère : de séreuses, les selles devinrent demi solides et quatre jours après, une constipation succéda à la diarrhée ; on était alors au treizième jour de la maladie. La température descendit progressivement et se maintint jusqu'à la convalescence à 36°,5.

Nous ne voulons pas omettre de signaler l'agitation extrême de l'enfant pendant toute sa maladie, agitation qui n'était calmée et pour un temps très court que par les bains tièdes à 28° et d'une durée de 20 à 30 minutes. L'enfant fut mis au régime du lait stérilisé.

Le vingtième jour, l'enfant était en convalescence, ses canines avaient fait leur apparition et quelques jours plus tard il avait repris son caractère jovial et son train de vie habituel.

OBSERVATION II

*Due à l'obligeance de M. Halipré, interne de M. le
Dr Legoux.*

Enfant de 14 mois.

Pas d'antécédents héréditaires nerveux. L'enfant est très bien constituée, d'une bonne santé habituelle ; bronchite pendant l'hiver 1892, jamais de convulsions.

Lorsque l'enfant nous fut amenée, elle était dans une période d'évolution dentaire.

La mère nous raconte qu'elle a été prise, le 18 février, de

tremblements convulsifs dans la partie gauche du corps (tête, bras, jambe). A aucun moment, l'intelligence n'a paru obubilée. L'enfant paraît très intelligente, est très gaie, s'intéresse à tout ce qui se passe autour d'elle.

Etat actuel. — Nous voyons l'enfant le 20 février, l'état serait resté le même, dit la mère, depuis le début des accidents. Le tremblement est continu, il ne cesse que pendant le sommeil, mais réapparaît au réveil.

Il se caractérise :

Tremblement régulier rythmique à petites oscillations très rapides, ayant pour siège toute la moitié gauche du corps.

Tête. — Un peu inclinée sur l'épaule gauche, sans que la face soit manifestement tournée à droite. Agitée de petits mouvements très rapides de rotation de droite à gauche, sans oscillations antéro-postérieures.

La paupière inférieure gauche présente des trémulations fibrillaires. L'orifice palpébral gauche est un peu plus fermé que le droit, bien qu'il n'y ait pas de chute de la paupière. Nous pensons qu'il s'agit là d'une disposition congénitale.

Disons que quand l'enfant sourit, elle cligne toujours de l'œil gauche qui se ferme complètement alors que le droit reste ouvert.

Yeux. — Rien à signaler.

Pas de strabisme.

Pas de nystagmus.

Pupilles égales réagissant bien à la lumière.

Langue. — Contractions fibillaires de la partie gauche. La langue peut être tirée complètement. Elle n'est pas déviée et ne présente pas de mouvements de latéralité. Quand l'enfant pleure, la voix est chevrotante, ressemblant au bêlement.

Cou. — Le sterno-cléido mastoïdien est également en état de vibration continuelle. On perçoit facilement ses contractions en plaçant la main sur la région cervicale.

Bras. — A l'état de repos, l'avant-bras est fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras les doigts dans la main.

Epaule — Présente de petites secousses élevant et abaissant convulsivement le moignon de l'épaule.

Le bras. — Mouvements légers d'avant en arrière.

Poignet. — Petits mouvements très rapides de flexion d'extension.

Les quatre derniers doigts présentent des mouvements de flexion.

Le pouce n'est pas fléchi dans la main et présente de petites oscillations.

Malgré ce tremblement, l'enfant peut allonger facilement le bras pour saisir un objet. Pendant ce mouvement volontaire le tremblement persiste régulier, mais sans s'accroître.

La direction générale du mouvement est conservée, il n'y a aucune hésitation pour saisir l'objet. La main s'ouvre facilement, et les doigts saisissent bien.

Tronc et abdomen. — Contractions fibrillaires de toute la moitié gauche.

Membre inférieur gauche. — Légère trémulation de tout le membre. Ce tremblement est beaucoup moins rapide que pour le membre supérieur. Il paraît intermittent.

Statique. L'enfant se tient sur ses jambes. La jambe gauche ne paraît pas plus faible que la droite.

Sensibilité. — Ne paraît pas altérée dans aucun de ses modes, autant toutefois qu'il est permis de s'en assurer, étant donné l'âge de l'enfant.

Etat général. — Très satisfaisant, pas de diarrhée, pas de vomissements.

Maxillaire. — Toutes les incisives sont bien poussées; les prémolaires apparaissent.

L'enfant présente un petit furoncle de la fesse ne paraissant pas très douloureux, car l'enfant ne pleure pas, dort bien, reste assis la plus grande partie de la journée et joue continuellement.

Les jours suivants, le tremblement persiste avec tous ses caractères.

Nous avons remarqué plusieurs fois, qu'au réveil, le tremblement ne débute pas d'emblée, quelques minutes se passent avec une accalmie complète.

Plusieurs fois aussi pendant la journée, le tremblement cesse spontanément pendant quelques instants. Nous avons présenté à l'enfant plusieurs objets qu'elle a saisi sans aucun tremblement. Puis tout recommence sans cause appréciable.

Le tremblement cesse toujours pendant le sommeil. Jamais nous n'avons réussi à modifier ou à arrêter ce tremblement, soit en immobilisant la tête avec la main, soit en pressant fortement sur les masses musculaires.

Actuellement 8 mars, l'enfant est encore dans le service. Son état reste stationnaire.

OBSERVATION III

(Bienveillamment mise à notre disposition par M. le professeur Pinard).

Troubles digestifs et accidents pulmonaires survenus chez six enfants allaités par leur mère pendant la période de dentition.

Cette observation se rapporte aux quatre filles et aux deux garçons d'un de nos maîtres actuels de la Faculté, qui a bien voulu nous la communiquer. Son authenticité ne peut donc être contestée.

Au point de vue héréditaire, il n'y a rien à noter, sauf quelques manifestations arthritiques : chez le père, migraines fréquentes et de temps en temps amygdalites et angines aiguës, chez la mère, migraines également fréquentes.

Ces six enfants élevés dans un milieu des plus confortables, ne manquant d'aucun soin et constamment sous la surveillance du père et de la mère, ont toujours eu la même nourriture : sein maternel et lait stérilisé dans la marmite américaine. Ils n'ont subi aucun changement de régime, et ont été sevrés à un an au maximum.

Les accidents pulmonaires et les troubles digestifs ne se sont jamais montrés qu'au moment où chaque groupe de dents apparaissait, suivant l'évolution physiologique.

La dentition a été très précoce pour l'une des filles (au 5^e mois) et légèrement retardée pour l'aînée (au 8^e mois). Chez celle-ci, les accidents ont été plus intenses que chez ses frères et sœurs. En outre, trois de ces enfants, pour l'apparition

du dernier groupe de dents, ont présenté de la gingivite extrêmement prononcée.

Dans chaque cas, les troubles digestifs et les accidents pulmonaires ont précédé, annonçant pour ainsi dire, l'apparition de chaque groupe de dents. Les troubles digestifs ont consisté en vomissements abondants et répétés souvent accompagnés d'un peu de diarrhée. Chez l'aînée, l'intolérance gastrique a été absolue pendant plusieurs jours, l'enfant rejetant immédiatement ou presque immédiatement le lait qu'elle venait de téter. La conséquence de ces troubles a été une diminution de poids chez les uns, ou l'état stationnaire chez les autres jusqu'au percement des dents.

Au point de vue pulmonaire, tous les enfants ont présenté des signes de bronchite, mais dans aucun cas cette bronchite n'a pris un caractère de gravité.

OBSERVATION IV

Que nous devons à l'obligeance de notre ami, M. le Dr Courtois, médecin assistant à la Clinique chirurgicale de Louvain.

X..., enfant de 2 ans, dont la santé avait été jusqu'à présent excellente, fut pris au mois d'août 1892, de douleurs dentaires très vives, lentes, qui l'empêchaient de dormir et de prendre aucune nourriture.

Quand on examinait la bouche on apercevait le rebord gingival de la mâchoire inférieure, et principalement du côté droit, au niveau de la deuxième molaire, rouge, œdématisé.

Les frictions sur la gencive ne donnèrent aucun résultat, on se décida à faire sur le bord gingival une incision parallèle au bord tranchant du maxillaire. Il y eut un soulagement presque immédiat. Mais deux jours après les douleurs revinrent plus fortes que jamais, et on tenta, pour donner au malade un peu de repos et hâter sa délivrance, une intervention plus importante.

Au moyen de la rugine, puis avec la gouge, nous enlevâmes une lamelle osseuse correspondante au point malade.

Le résultat fut immédiat, à partir de ce moment les douleurs diminuèrent rapidement puis disparurent complètement. La dent, libre alors, sortit de son alvéole et l'enfant fut guéri.

OBSERVATION V

(personnelle)

Au mois de septembre 1892, pendant que je remplaçais dans sa clientèle M. le Dr Genesteix, je fus appelé boulevard Montparnasse pour donner mes soins à un petit enfant de 11 mois, qui, jusqu'à ce moment, bien portant, n'avait jamais eu le moindre petit malaise, aucun accident de gourmes ni de scrofules.

Je le trouvai la figure enflammée, les pommettes rouges, les yeux larmoyants, le nez laissant s'écouler un liquide muqueux. Il avait de la fièvre. L'enfant toussait légèrement.

Ma première idée est que j'étais en présence d'un enfant en période d'incubation de la rougeole. Je prescrivis les pré-

cautions hygiéniques ordinaires contre les fièvres éruptives.

Le lendemain, même état, mais j'appris que l'enfant avait passé une nuit des plus agitées. Il n'avait cessé de pousser des cris et avait refusé toute nourriture. L'état bronchique ne s'était pas aggravé, l'inflammation des yeux s'était légèrement accentuée. Après avoir eu les paupières collées, au réveil, il s'était établi une conjonctivite oculo-palpébrale et un écoulement purulent n'avait pas cessé depuis ce moment. Je prescrivis des lavages boriqués et je restai dans l'expectation.

A ma visite suivante, le lendemain, il n'y avait pas encore eu d'éruption rubéolique.

Je cherchai à établir un autre diagnostic, et, en voulant explorer la gorge, j'aperçus nettement les gencives boursoufflées, rouges, œdématisées au niveau des canines inférieures, que l'on devinait au milieu de la tuméfaction par un petit point blanchâtre. Je compris que là était la cause des accidents; la gorge ne présentait, sauf un peu de rougeur, aucune trace d'angine sérieuse.

Je pris une lancette et pratiquai une incision que je fis assez profonde pour que le tranchant de la lame touchât la dent en voie d'éruption il s'écoula une certaine quantité de sang et je partis rassurant la mère sur l'hypothèse d'une fièvre éruptive.

Le lendemain, on m'apprit que l'enfant avait dormi, ne criait plus, et avait même demandé à boire.

Je le trouvai, en effet, beaucoup plus tranquille, mais les yeux suppuraient toujours. Je dis de continuer les lavages et de les répéter fréquemment.

A partir de ce moment, l'ophtalmie diminua et deux jours après avait complètement disparu.

Cet enfant n'avait présenté aucun accident grave du côté pulmonaire. Quant à l'appareil digestif, il ne fut constaté pendant le cours de cette maladie qu'une légère constipation pour laquelle je prescrivis, après cessation des autres manifestations morbides, un léger purgatif, après quoi tout rentra dans l'ordre.

OBSERVATION VI

Il y a quelques jours, le D^r Genesteix, connaissant le sujet de ma thèse, me pria de l'accompagner dans une famille où il soignait, rue Lagrange, une petite fille de 21 mois pour des accidents de dentition.

Cette enfant n'était pas indemne d'accidents scrofuleux et rachitiques, et pendant qu'elle était en nourrice, elle avait eu des accidents de tuberculose péritonéale. Mais depuis qu'elle était rentrée dans sa famille, c'est-à-dire depuis plus de dix mois, l'enfant avait repris de la mine, de la gaieté et paraissait tout à fait bien portante.

Huit jours avant la visite, au cours de laquelle je pris cette observation, elle était devenue tout à coup triste, puis peu à peu manifesta sa douleur par des cris, et indiqua du geste ses dents, comme cause de son mal.

A partir de ce moment elle ne mangea plus, elle fut prise de diarrhée et de vomissements, le ventre ballonné et dur, présentait une forme globuleuse ovalaire, il donnait à la palpation une sensation de rénitence caractéristique. La peau était tendue, luisante et couverte d'un latic veiné assez

prononcé. Le ventre était douloureux. Ces différents signes ne laissaient aucun doute sur la réapparition de la péritonite tuberculeuse.

On essaya, mais sans succès, d'arrêter ces accidents.

Ce ne fut que quelques jours après, lorsque l'examen de la bouche fit connaître le grand degré de tuméfaction des gencives, l'idée vint de pratiquer une incision qui favorisa la sortie définitive de la dent.

On continua le traitement de la péritonite les jours suivants, mais à partir de ce moment, ces accidents s'amendèrent lentement mais progressivement, et huit jours après la diarrhée avait disparu, le ventre s'était assoupli, et l'enfant reprit son état habituel.

CONCLUSIONS

1° Si les accidents de la dentition ont été exagérés, on ne peut les nier, *sans nier l'évidence.*

2° Ils portent sur les divers organes : tube digestif, système nerveux, appareil respiratoire, appareil de la vision, manifestations cutanées, et appareil urinaire.

3° Ils doivent être combattus dès qu'ils prennent un caractère un peu grave.

4° Quand ils sont bénins, ils disparaissent seuls sans traitement, dès que la dent a fait son apparition.

5° Celle-ci est considérablement facilitée par une incision de la gencive faite en temps opportun.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hippocrate. — OEuvres complètes, aphvrisme de la dentition; t.

XIII.

Hunter. — OEuvres complètes, t. II.

Rosen. — Traité des maladies des enfants, 1778.

Baumès. — Traité de la première dentition, 1806.

Capuron. — Des enfants, 1813.

Billard. — Maladies des enfants, 1828.

Guersant. — Dictionnaire de médecine, 1835.

Richard de Nancy. — Traité pratique des maladies de l'enfance,

1839.

Eisenman. — Accidents qui accompagnent la dentition, 1841.

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1848.

Rillet et Barthez. — Traité des maladies des enfants, 1843.

Duclos de Tours. — Bulletin de thérapeutique, 1847.

Ch. West. — Maladies des enfants, 1848.

Bigéard. — Etude pathologique de l'éruption des dents provisoires, 1849.

Bouchut. — Traité de maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, 1855.

Parisot. — Accidents de la première dentition (thèse), 1856.

Hencok. — Archives générales de médecine, 1859.

Prudhome. — De la première dentition et des accidents qui accompagnent l'éruption. Thèse, 1859.

Vogel. — Traité élémentaire de maladies des enfants, 1872.

Galezowski. — Etude sur les affections oculo-dentaires de son recueil d'ophtalmologie, 1874.

Hénoch. — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfant, 1880.

Magitot. — Etude clinique sur les accidents de l'éruption dentaire.

— Archives générales de médecine, 1892.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

	pages
AVANT-PROPOS.....	5
Développement des dents.....	8
Embryogénie.....	8
Anatomie descriptive.....	12
Historique de la question.....	16
Discussion.....	26
Accidents de la dentition.....	32
<i>a.</i> — Accidents locaux.....	32
<i>b.</i> — Accidents généraux.....	34
<i>c.</i> — Accidents du côté du tube digestif.....	34
<i>d.</i> — Accidents du côté de l'appareil respiratoire.....	38
<i>e.</i> — Accidents du côté de la peau.....	39
<i>f.</i> — Accidents du côté de l'appareil visuel.....	40
<i>g.</i> — Accidents du côté du système nerveux.....	42
<i>h.</i> — Accidents de l'appareil urinaire.....	47
Précis thérapeutique.....	48
Observations.....	50
CONCLUSIONS.....	62
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	63

